



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
COORDENAÇÃO DOS CURSOS DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO  
SENSU  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA – PCL**

---

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA  
2011-2013**

**Coordenadora: Profa. Dra. Terezinha de Camargo Viana**

**Apresentado por Mayarê Leal Ferreira Baldini**

**Orientado pelo Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes**

**BRASÍLIA, 2013**

**A PSICANÁLISE QUE SE INVENTA NO LIMITE: UMA  
COMPREENSÃO DO SUPORTE E DO MANEJO CLÍNICOS DO  
ANALISTA ENQUANTO POSSIBILITADORES PARA A  
ELABORAÇÃO PSÍQUICA DOS SUJEITOS FRONTEIRIÇOS**

**Apresentado por: Mayarê Leal Ferreira Baldini**

**Orientado por: Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes**

**Mayarê Leal Ferreira Baldini**

**A PSICANÁLISE QUE SE INVENTA NO LIMITE: UMA  
COMPREENSÃO DO SUPORTE E DO MANEJO CLÍNICOS DO  
ANALISTA ENQUANTO ESPAÇOS PARA A ELABORAÇÃO  
PSÍQUICA DOS SUJEITOS FRONTEIRIÇOS**

Monografia apresentada como exigência  
para obtenção do grau de especialista em  
Teoria Psicanalítica pela Universidade de  
Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat  
Celes

---

Prof. Dr. Luiz Augusto Monnerat Celes

## **AGRADECIMENTOS**

Ao professor Luiz Celes, por sua disponibilidade e por seu compromisso, pela escuta atenta e pelos direcionamentos tão esclarecedores, pelos ensinamentos desde os tempos da graduação até aqui;

À professora Deise Matos do Amparo, por sua supervisão sempre atenciosa e cuidadosa, que tanto me ofereceu subsídio e suporte para a condução do caso sobre o qual falarei nesse trabalho;

À minha mãe, por sua referência de profissionalismo e determinação, e por ser para mim inspiração diária. Por seus investimentos e por suas apostas em mim;

Ao meu pai e à minha “boadrasta”, pelo companheirismo e pela acolhida nos melhores e nos piores dias, que me fazem sempre entender a importância do amparo;

Aos meus irmãos, Nayara, Mayná e Arthur, meus amores, meus maiores exemplos e minhas maiores motivações para o progresso e para o crescimento;

Ao Rodrigo, meu amigo e meu amor, por nunca, em momento algum, ter me permitido acreditar que eu não seria capaz, e por seu exemplo de determinação, dedicação e amor pelo que faz;

À amiga Isadora, pelo constante convite à coragem e à bravura, pela escuta cuidadosa, pelo colo sempre disponível. Por dividir comigo seus sonhos e apostas, pelas intermináveis conversas sobre a clínica que tanto contribuíram para essa produção e por diariamente me lembrar do porquê de nos investirmos tanto neste trabalho de nome psicanálise;

Aos meus colegas da turma de especialização, em particular Rafael e Maria Carolina, pelo companheirismo, e por dividirem as angústias e os progressos nessa jornada;

## RESUMO

Esta monografia se propõe, a partir de uma perspectiva winnicottiana, trazer reflexões sobre as experiências com limites representacionais, não raramente vividas pelo par analítico durante uma psicoterapia de abordagem psicanalítica com pacientes-limite. Particularmente, intende-se mostrar este tipo de clínica como possível, bem como a necessidade de um lugar, na relação analítica, que contenha os conteúdos não simbolizados. Propõe-se que, uma vez que o paciente seja amparado e contido pelo holding (sustentação) e handling (manejo) do analista, ele pode encontrar na análise um ambiente estruturante e facilitador para elaborar psiquicamente um determinado conteúdo de excesso pulsional. Para discorrer sobre este tema, a compreensão teórica será justificada por dois recortes de um caso clínico.

**Palavras-chave:** Winnicott, estados-limites, clínica dos limites, falhas de representação, *holding*, *handling*.

## **ABSTRACT**

This monograph, from a Winnicott perspective, aims to bring reflections about the experiences with representational limits, not rarely lived by the analytical pair during a psychoanalytical approach psychotherapy with borderline patients. Particularly, it intends to show this type of clinical work as something possible, and the need, in the analytical relation, for a place meant to hold the non-symbolized contents. It is proposed that once the patient is contained and supported by the analyst's holding (sustainment) and handling (management), he/she can find in the analysis an structuring and facilitating environment to psychically elaborate a certain content of pulsional excess. To discuss this theme, the theoretical comprehension will be justified by two clippings of a clinical case.

**Keywords:** Winnicott, borderline-states, borderline clinic, representational failures, holding, handling.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 UMA BREVE COMPREENSÃO DAS QUESTÕES REPRESENTACIONAIS EM PACIENTES-LIMITES .....	12
3 RECORTES DE UM CASO CLÍNICO .....	16
3.1 As crises de regressão à dependência .....	17
3.1.1 Primeira crise: a iminência de produzir uma metáfora.....	17
3.1.2 Segunda crise: A iminência da simbolização de uma experiência traumática.....	21
4 CONCLUSÃO .....	25
REFERÊNCIAS .....	26

## 1 INTRODUÇÃO

A psicanálise, no que se refere à prática clínica, demanda a compreensão de que se está dizendo de um trabalho (Celes, 2005). Trabalho que, conforme proposto por Freud (1925/1976), tem “uma intencionalidade puramente terapêutica” – é um tratamento para as enfermidades neuróticas. É também Freud que, nas etapas iniciais da constituição da clínica, em seus Estudos sobre a Histeria (1985), junto a Breuer, diz da psicanálise não como tornada um trabalho a partir de uma proposta teórica, mas concebida a partir das construções do ato terapêutico direcionado aos sintomas histéricos.

O trabalho psicanálise, em sua especificidade, tem um método e suas regras, importantes de serem caracterizadas aqui. O tratamento psicanalítico, conforme discorre Celes (2005), é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir, o que de maneira objetiva se refere a vencer resistências, à interpretação e à construção. Na clínica psicanalítica, diz-se de um “falar” que corresponde exatamente a um “ouvir” – de modo que, quando o analisando fala, é necessário haver um “ouvir” específico do analista para que seja possibilitado ao analisando efetivamente ouvir o que fala.

Entende-se, ainda de acordo com Celes (2005), que o “ouvir” do analista é um ato, e é nessa dinâmica que estão reconhecidas as regras técnicas da associação livre – enquanto convite ao analisando para falar com liberdade e espontaneidade – da abstinência, enquanto condição que possibilita o analista a voltar sua escuta para nada além da atenção flutuante, voltada para a fala do analisando.

O trabalho psicanálise incorre, no entanto, num não-raro encontro do par analítico com a experiência dos limites de representação. É uma experiência que desafia a clínica, porque atravessa a técnica psicanalítica enquanto apoiada na associação



livre e no que é expresso pela fala. Herzog (2011) problematiza a possibilidade de uma clínica psicanalítica quando nos deparamos com sujeitos marcados por suas dificuldades de metaforizar e de representar, uma vez que é esse dispositivo que descrevemos – associação livre, escuta flutuante e interpretação – que possibilita espaço ao analisando para uma elaboração psíquica. A autora provoca uma questão, com as duas alternativas que surgem dessa problemática: ou se representa (se simboliza) ou não se faz análise?

É prudente e relevante para esse trabalho o que sinaliza Herzog (2011) sobre como se tende a compreender a dinâmica do limite. Em geral, se depara com a concepção de algo que está para além da possibilidade de representação, e se pode incorrer numa lógica binária, do que é representável e do que é irrepresentável. Nisto nunca haverá uma paridade, diz a autora, e a tendência estará sempre em privilegiar um dos polos, no caso, o do representável. Entende-se que definir a representação psíquica como centro do dispositivo analítico é restringir toda a amplitude de uma clínica, cuja dinâmica permite dispor de várias outras possibilidades para tornar possível uma elaboração. A autora esclarece:

a imagem de uma coisa não é a sua cópia, nem a representação é a ausência da coisa. Não há, assim, distinção entre palavras e coisas; ambas têm o mesmo grau de importância. (HERZOG, 2011, p. 85)

Winnicott, em 1964, aponta que para alguns pacientes, com determinados diagnósticos, a sustentação e a manutenção do *setting* são mais importantes que o esforço interpretativo por parte do analista. Argumenta que interpretação e *holding*, compreendido enquanto a sustentação que o analista oferece ao sujeito em análise, não são conceitos opostos. A interpretação pode ser uma forma de *holding*, ou seja:

a interpretação envolve também todas as atitudes do analistas investidas no sentido de promover a retomada do desenvolvimento emocional do paciente.

Para uma compreensão mais adequada dos conceitos de *holding* e *handling*, é válida uma aproximação com o cenário clínico-teórico de Winnicott (1958/2000), que delineia a importância de se pensar o indivíduo e o ambiente de maneira integrada e conectada. Junto a essa proposição, é importante considerar uma outra compreensão do autor: a de que o desenvolvimento do indivíduo se direciona de uma posição de dependência absoluta para um outro de independência - o que se dará de maneira sadia se houver um ambiente que lhe ofereça o que for suficiente para dar conta desse processo.

Essa experiência é vivida muito primariamente pelo bebê, que imediatamente após seu nascimento está em posição de dependência absoluta da mãe. A mãe é entendida por Winnicott como, na fase inicial do desenvolvimento, o primeiro ambiente para o bebê. E para descrever esse ambiente como suficientemente bom para o bebê, o autor se vale de vários conceitos, dentre os quais destacaremos esses dois: o *holding* e o *handling*.

O *holding* é entendido por Winnicott (1958/2000) como um suporte no qual se possa confiar, e que seja um ambiente primeiro no qual o bebê possa confiar para conseguir de maneira sadia sair do lugar da dependência na direção de sua intergração. Esse suporte é designado pelo cuidado e pela assistência que recebe do outro em suas experiências primárias, quando ainda não pode autonomamente se movimentar e depende plenamente do apoio do outro. Essa fundamentação tem importância para a compreensão da funcionalidade clínica desse mesmo conceito: uma postura do analista que ofereça um ambiente de suporte e amparo para que o paciente possa viver suas experiências na análise de maneira integradora.

(WINNICOTT, 1968/1999)

O *handling* é um conceito que deriva do *holding*. Winnicott (1958/2000) o descreve enquanto uma parte abrangente que deriva dos cuidados que partem do *holding*. Refere-se às atitudes e comportamentos que um outro realiza objetivando reger e estabilizar as necessidades fisiológicas e emocionais do bebê para possibilitar seu desenvolvimento da direção da independência. Na relação com o bebê, estamos dizendo principalmente de interações sociais dos pais com o bebê: o toque, o embalar, o carinho, a conversa, o riso, direcionados à criança, que sinalizam que o bebê se encontra em contexto no qual pode confiar. Na clínica, o *holding* também se faz instrumento, e assume condição de manejo do analista para sinalizar ao analisando que naquele espaço há possibilidade de continência para que possa falar sobre o que demandar. (WINNICOTT, 1968/1999)

O presente trabalho se propõe a, através de dois recortes de um caso clínico, dizer de compreensões a respeito dos limites de representação de uma paciente em estado-limite. Quer-se subsidiar teoricamente as possibilidades clínicas do manejo e da sustentação, enquanto potencial para que o sujeito possa se haver com a própria angústia e para promover elaboração psíquica.

Para isso, pretende-se fazer um breve esclarecimento sobre a questão dos sujeitos ditos limites, por demandarem um formato de clínica diferenciado; e posteriormente, a partir desses recortes de um caso, subsidiar a argumentação de que o *holding* (sustentação) e o *handling* (manejo) do analista, enquanto proposta de acompanhar o paciente em sua dificuldade para falar, pode ser estruturante para uma construção clínica integradora para o sujeito.

## 2 UMA BREVE COMPREENSÃO DAS QUESTÕES REPRESENTACIONAIS EM PACIENTES-LIMITES

Há quantidade ampla de termos e denominações para os sujeitos que sofrem com aspectos relacionados ao limite. O termo *borderline* é utilizado pela escola inglesa, pela compreensão de que o sujeito se encontra em quadro clínico, cuja patologia se instala entre a neurose e a psicose, mas se diferencia da perversão. (JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, 2008).

Para este trabalho, no entanto, nos apoiamos sobre o termo *estados-limites*, uma compreensão francesa a respeito das questões fronteiriças. Trata-se aqui não de uma estrutura adoecida mas, conforme Villa e Cardoso (apud JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, 2008), de uma modalidade de sofrimento psíquico que é transitória, manifesta nas neuroses graves e nas perversões. Também se aplica à presente produção o termo *paciente-limite*, por serem esses os pacientes que colocam os analistas nos limites da técnica, em função dos próprios limites de constituição do psiquismo, conforme discorrem os autores.

Quando diz de estados-limites, Cardoso (2007) delinea ainda melhor o termo, como sendo a condição de um sujeito cujo sofrimento psíquico é essencialmente marcado pela dimensão do trauma, de uma violência psíquica, de maneira significativa. Brusset (1999) apresenta alguns elementos comuns entre sujeitos com essa forma de sofrimento:

a importância dada ao eu, a fragilidade do eu e dos mecanismos de defesa, a angústia maciça, onde os conflitos não são simbolizáveis e se apresentam através de um polimorfismo de sintomas e uma

inconsistência das relações de objeto. (apud JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, 2008, p. 139).

Herzog (2011) questiona o lugar de importância que se tem dado, na atualidade, aos adoecimentos psíquicos que remetem à falta ou ao excesso de limites, entre os quais cita os estados compulsivos, estados depressivos e os transtornos alimentares. São condições desafiadoras para o dispositivo clínico proposto por Freud, apoiado nas possibilidades terapêuticas da representação e da interpretação. Mas o próprio Freud questiona a respeito dos limites da clínica e da psicanálise em “Construções em análise” (Freud, 1937a/1976) e “Análise terminável e interminável” (Freud, 1937b/1976), e busca sustentar que a psicanálise se cria a partir do limite. Herzog detalha:

estamos sempre no limite de algo que se atualiza na relação transferencial, que insiste e que empurra adiante. Dentro desta perspectiva, o fazer na clínica é, então, o que torna a psicanálise um fazer único. (HERZOG, 2011, p. 78)

É trazido por Cardoso (2007) a noção de que a clínica da contemporaneidade tem demandado cada vez mais um entendimento sobre o desamparo e o desespero, particularmente se vivenciados enquanto patologias psíquicas. Essas patologias, quando envolvem a passagem ao ato e a convocação do corpo, são ditas *estados-limites*. Esses mecanismos trazem o pressuposto de que haja no sujeito com funcionamento limite a presença de elementos traumáticos e uma importante falha no nível da representação. Nas palavras da autora:

De fato, o traumático é indissociável dessa questão relativa aos limites da representação, aos limites entre o eu e o outro, entre corpo e psiquismo, para mencionarmos apenas alguns dos eixos teóricos que se desdobrarão dessa nova rede de interrogações a ser situada, ela mesma, nos limites entre a teoria e a clínica psicanalíticas. (CARDOSO, p. 329, 2007)

Cardoso (2007) discorre sobre o momento em que Freud começa, em 1910, a olhar com minúcia para as situações clínicas marcadas pelo excesso pulsional, pelo traumático. A noção de trauma, naquela produção, se apresenta pela ideia de pulsão excedente, de excesso de energia livre, de modo que o ego não dá conta de elaborar psiquicamente tantas excitações.

Ainda sobre a noção de trauma, Ferenczi (1931/1988) aprofunda essa compreensão, e aponta que essas marcas traumáticas, uma vez que não podem ser inscritas ou interiorizadas como representações psíquicas, terão essa energia excedente canalizada. Para o sujeito com uma possibilidade de simbolização ou de significação falha ou pouco funcional, a via de administrar esse excesso será transbordá-lo pelo corpo. O movimento será de exteriorizar essas marcas pela via do ato. Dessa maneira, se apresentam tentativas recorrentes de significação por meio da compulsão à repetição.

Um dos desafios da clínica será o de lidar com um ego passivo frente a essa irrupção desse um excesso pulsional. Insere-se aí um entendimento sobre a fronteira entre eu e o outro – alteridade interna e externa. Some-se a isso a impulsão, característica das compulsões enquanto imediatista, que incorre no funcionamento precário da elaboração psíquica – o limite da representação, também desafio para a clínica dos pacientes *borderline*. (Cardoso, 2007).

A clínica que recebe o paciente-limite demanda, portanto, um formato diferenciado para lhe oferecer um espaço de elaboração. Há, não-raro, um ataque ao enquadre clássico por parte desse paciente: às questões como tempo, o pagamento, a regra fundamental. Deparamo-nos então com o importante questionamento: é, portanto, possível um trabalho psicanalítico com o paciente-limite? O dispositivo clínico pode se mostrar com outro formato, que não o clássico? Seria o paciente-limite o limite da clínica?

Vários autores e vários clínicos já se depararam com essa questão. Muitos deles encontraram amparo no conhecimento produzido por Winnicott, enquanto recurso para lidar com a ineficácia da interpretação e com a impossibilidade de promover um manejo do enquadre clássico, de modo que uma elaboração psíquica seja possível para o paciente-limite. (JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, 2008)

Winnicott (1975) diz dos estados-limites como decorrentes de falhas no ambiente nos momentos primitivos do desenvolvimento emocional do sujeito. Entende a origem dos quadros por ele chamados *borderline*, como uma interrupção do desenvolvimento emocional na etapa da indiferenciação, atribuídas por ele a uma falha no ambiente. Propõe, a partir disso, uma concepção clínica que inclui o manejo do enquadre, para autorizar uma flexibilidade, mas não uma frouxidão. Mantém a importância das regras, que devem ser transmitidas ao paciente com consistência, mas que podem autorizar outras possibilidades que não aquelas clássicas propostas por Freud. O *holding* e outras formas de intervenção passaram a ser importantes ferramentas: não objetivavam o acesso aos conflitos inconscientes, mas visavam possibilitar uma constituição do desenvolvimento emocional. (JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, 2008).

### 3 RECORTES DE UM CASO CLÍNICO

A paciente que aqui denominarei Beatriz, de 16 anos, passou por episódios de abuso sexual na etapa final da infância. Durante a fase inicial da adolescência, sofreu dificuldades relacionadas à socialização na escola, atribuídas ao quadro de obesidade que apresentava, e em função de sua forma física passou por atitudes agressivas e intimidadora por parte dos colegas.

Desenvolveu, posteriormente, transtorno alimentar que combinava privação alimentar e métodos compensatórios, como indução de vômito e prática excessiva de exercícios físicos. Encontrou como via de lidar com o sofrimento, atribuído à relação com a própria imagem e ao retraimento social, o investimento em experiências religiosas e espirituais, crença que se arraigou de tal forma que progrediu para um movimento excessivo de autocontrole mesclado com episódios compulsivos diversos. As experiências de culpa e autopunição passaram para além de seu controle, e chegou a ter episódios de alucinações, o que a levou a recorrer ao acompanhamento psicológico.

Beatriz vinha a sessões duas vezes por semana, a maioria delas marcadas por momentos de silêncio, nos quais em geral se colocava muito concentrada e introspectiva, e se incomodava com minhas intervenções. Esteve sempre sentada na poltrona, de frente para mim. Tinha significativa dificuldade de construir metáforas, e de entender as que eu propunha.

Optei, para o presente trabalho, por escolher duas ocasiões particularmente significativas para o acompanhamento. Trata-se de duas sessões nas quais Beatriz passou por crises de regressão e de retraimento – conceitos winnicottianos sobre a serem percorridos a seguir. Não falava, e pouco conseguia expressar nada além de



uma angústia muito profunda, particularmente expressa pelo corpo. Nas sessões que se seguiram a essas crises, no entanto, a paciente retorna com uma significativa possibilidade de tecer metáforas a respeito da própria condição, ou para contar detalhes sobre experiências que lhe foram traumáticas, sejam elas o episódio do abuso sexual e o sofrimento grave, relacionado a sua relação com a religião, que lhe provocou as situações alucinatórias.

### **3.1 As crises de regressão à dependência**

Há um conceito winnicottiano que se faz importante para a compreensão das exposições a seguir: a regressão, sobre a qual o autor discorre em 1954. Por regressão, Winnicott entende uma situação de um sujeito, na transferência ou em outra relação de dependência, quando abandona uma posição avançada e se posiciona num lugar de dependência infantil, ou seja – ocorre da direção da independência para a da dependência, num retorno a uma posição mais primitiva.

A seguir, as narrativas dos dois recortes deste caso.

#### **3.1.1 Primeira crise: a iminência de produzir uma metáfora**

A paciente adentra o consultório e muito imediatamente passo a ouvir sua respiração mais aprofundada. Ela se senta de frente pra mim, como de costume, com expressão do rosto apática. Pergunto como ela está, e ela acena positivamente com a cabeça. A respiração se tornou mais acelerada, as mãos se contorceram, e o corpo esmoreceu na poltrona, e ela não respondia aos meus contatos. Silenciou

profundamente. Chorava sem mudar a expressão facial, e colocava o olhar sobre mim aparentemente com esforço, sem conseguir sustentá-lo por muito tempo.

Fiquei muito angustiada e sem entender com clareza do que se tratava aquela crise. Ofereci-lhe água e entreguei a ela, me posicionando mais próxima e reclinando sua poltrona. Busquei lhe oferecer o que Winnicott denomina holding. Disse que estava percebendo o quanto estava sendo difícil para ela, mas que eu iria permanecer ali para acompanhá-la. Beatriz foi muito lentamente retornando à calma e recuperando sua postura de costume. Prorroguei cerca de 20 minutos o tempo da sessão, e a paciente deixou o consultório se desculpando pelo ocorrido, mas dizendo estar se sentindo suficientemente bem para retornar para casa.

Ela retorna na sessão seguinte, novamente se desculpa. Peço que ela me ajude a compreender, e ela me esclarece. Diz dessa crise como recorrente, sempre ocorridas em casa. Aquela havia sido a primeira vez em que passava mal daquela forma em outro espaço. São ocasiões em que chora compulsivamente, sente vontade de se isolar, indisposição para estar em contato com outras pessoas, já que se sente excessivamente feia, gorda e inadequada. Quando questionada a respeito de como lida com essas crises, ela diz que faz uso de sua medicação (benzodiazepínico), se tranca no quarto e busca "silenciar por dentro", até retomar a calma – em geral, dorme.

Depois desse esclarecimento, ela pela primeira vez metaforiza. Diz de seu desejo de estar em um ambiente fechado, protegido do mundo externo, com referência a esse espaço como “uma caixinha”, “uma caverna”. É um espaço com significado, para ela, de segurança: solitário e isolado, silencioso, escuro. A descrição me remete imediatamente à história da paciente com a mãe, que pelas breves falas da paciente a ela relacionadas, dizem de uma mulher que, desde que

Beatriz era muito nova, emprega mais cuidado e investimento nos dois irmãos mais velhos do que nela.

Digo a ela que me parece que, em alguma medida, ela está me falando da barriga de sua mãe, me referindo ao útero. Me valho da metáfora e descrevo: era um ambiente protegido, amparado, quentinho, afastado do meio externo, que lhe oferecia tudo que precisava. Questiono a possibilidade de “sair da caverna”, “explorar o mundo lá fora”, “desbravar o que ainda não se autoriza conhecer”. Beatriz se mostra extremamente assustada e insegura. Diz que estar no convívio de outras pessoas faz com que ela se sinta estranha, alheia àquela realidade, e outra vez se valhe de uma metáfora para me explicar: é como se fosse uma estrangeira, viesse de outro mundo, falasse outra língua e não conseguisse partilhar dos mesmos costumes.

Fico surpreendida com as colocações metafóricas, produção que Beatriz até então não havia feito em nenhum momento de seu acompanhamento. Ela consegue me ajudar a tentar entender como se dão as crises que vive em casa, pela via do simbólico. Entendo que a sessão que antecedeu essa elaboração foi, essencialmente, um convite a compreender antes como era sua angústia – e a participar dela - e uma experimentação para saber se eu, enquanto sua terapeuta, poderia suportar aquele sofrimento, e se lhe poderia oferecer continência para que ela pudesse dizer dessas situações tão sofridas para ela.

Winnicott (1983), enquanto diz sobre o silêncio, o descreve como característica intrínseca do processo do sujeito dar conta de estar só. Parece-me que essa crise também se refere a isso: ela está em silêncio, em minha presença. O “estar só” é entendido, na teoria winnicottiana, como a possibilidade que o indivíduo encontrou em sua experiência primária com uma maternidade suficientemente boa de confiar

num ambiente benigno, e de não ser invadido por um ambiente de demandas e exigências que não possa suportar.

A regressão me parece, nesse recorte, o que melhor representa a experiência de Beatriz. Ela me coloca em posição de acompanhá-la em situação de retorno total à dependência, saindo de posição avançada para um lugar de desamparo, e precisa se certificar de que estou suficientemente pronta para ampará-la nessa situação, para só depois, a partir desse resguardo, poder falar da angústia que sente na ocasião das crises.

Na mesma obra, Winnicott apresenta o paradoxo de estar só na presença de um outro – que considero mais uma vez esclarecedor a respeito da crise de regressão de Beatriz. Esse outro é entendido como a mãe, que lhe oferece um ambiente adequado para dar conta de seu vazio, de sua impossibilidade de dizer sobre seu desamparo.

Essa experiência pode ser vivida no contexto da análise enquanto, na angústia pela falha representacional: o sujeito vive a situação de estar só, na presença desse outro que lhe permite um ambiente suficientemente adequado para isso lhe seja não só suportável, mas possível, e cuja segurança lhe proporciona espaço para uma elaboração psíquica.

É possível que houvesse transferencialmente uma expectativa, nessa experiência de regressão a um estado tão primitivo, de que eu pudesse de alguma maneira corrigir o que teria sido deficiente no acompanhamento da mãe às suas experiências primárias. Winnicott (1964) diz da sedução por parte do paciente para trazer o analista ao conluio com o bebê no paciente, que possa ter recebido atenção pouco satisfatória nos estágios iniciais. É possível entender que Beatriz tivesse esperança de que essa expectativa fosse atendida. Junqueira e Coelho Junior (2008) dizem, a

partir das concepções winnicottianas, que o holding é colocado enquanto possibilidade de que o desenvolvimento emocional fosse retomado, na ocasião de uma regressão, a partir do ponto onde deixou de ser saudável em função das interferências do ambiente.

### **3.1.2 Segunda crise: A iminência da simbolização de uma experiência traumática**

Diferente da primeira crise, a paciente já está ofegante desde a sala de espera. Caminha apressada em direção ao consultório, demonstrando estar certamente desconfortável e angustiada. Senta-se na poltrona, e se põe a chorar, dessa vez com o rosto expressando sofrimento e desconforto. Consigo demonstrar mais continência e não me sinto tão angustiada, uma vez que já havia experienciado outra ocasião semelhante. Tenta falar, mas não consegue: abre a boca, se esforça, mas não há som algum. Repete essa tentativa por algumas vezes, sem sucesso. Ela se angustia mais, e chora com avidez. Sinalizo que percebo o quanto está sendo difícil para ela, e que estarei ali para acompanhá-la até quando necessário, mesmo para além do tempo da sessão. Ofereço-lhe água, ela sinaliza que aceita com a cabeça, e quando termina de beber pergunto se gostaria que eu reclinasse sua poltrona. Ela dá outro sinal afirmativo. Reclino, e ela se encolhe na poltrona em posição fetal, e lentamente se acalma. Depois de vários minutos, me pede uma folha de papel e caneta, na qual escreve de maneira quase ilegível que não está conseguindo falar, e que está muito difícil. Digo que entendo que esteja sendo difícil e que não temos pressa para que ela consiga dizer o que gostaria. Sugiro cuidadosamente que aproveite para desacelerar sua respiração e para usar aquele

espaço, que é dela, para se recompor, e que eu estaria ali ao lado a disposição para lhe dar suporte no que precisasse. Extrapolado o tempo da sessão em 25 minutos, ela está recomposta e se diz bem para ir embora. Mostra-se novamente constrangida, se desculpa, e se despede.

Na sessão seguinte, chega dizendo de duas de suas experiências ditas por ela como mais difíceis: a do abuso sexual, e a de seu engajamento religioso que provocou as alucinações e os episódios de delírio.

Nessa segunda situação, há que se olhar de maneira cuidadosa para a questão do trauma. Reis (apud Cardoso, 2007) se embasa na teoria freudiana para propor um olhar atencioso ao corpo quando nos deparamos com a impossibilidade de o sujeito se expressar, via representação, o que se manifesta em função de uma experiência traumática. Quando essas experiências não podem ser simbolizadas e tampouco recalcadas, assumem esse lugar de um iminente transbordamento – na borda, na fronteira. Reis diz do corpo desse sujeito com funcionamento limite, em contraponto com um corpo histérico na qual as representações retornam pela via da manifestação enquanto sintoma, enquanto espaço de expressão de uma impossibilidade de significar, expressa pelo corpo.

Este passa a ser veículo, não de um processo de representação, mas de uma apresentação, pela via sensória, motora e visceral, de elementos que, por terem permanecido retidos como impressão, ficaram fixados numa temporalidade externa à memória representacional. (CARDOSO, 2007, p.329)

Cardoso se refere à experiência do rompimento pulsional, que emerge de maneira tão violenta que perpassa as barreiras de proteção do sujeito, que se vê

num estado no qual não consegue mais compreender os limites psíquicos e corporais. O recurso limite a qual o sujeito recorre, conforme ocorre com Beatriz é tornar externo esses elementos intraduzíveis – por isso sofre de maneira tão intensa. É o esforço extremamente angustiante de tornar externos esses elementos, mas sem o recurso simbólico: se vê silenciada por sua impossibilidade de representar isso que lhe transborda.

Essa situação da clínica de Beatriz sustenta consistentemente essa proposta. A crise que ela faz em sessão – marcada principalmente pelo seu não-dito – denuncia sua impossibilidade de representar. Entendo que o manejo do analista se faz primordial nesse momento. Pareceu a mim que a paciente precisava, antes de poder dizer do que lhe era traumático, se assegurar de que eu poderia acompanhá-la nessa informação, de que eu daria conta sem abandoná-la. Essa experiência de abandono na ocasião de seu sofrimento, Beatriz já havia vivenciado com a mãe com recorrência, conforme sinalizou durante os meses de acompanhamento: a mãe não acreditou quando ela denunciou que havia passado por episódio de abuso sexual.

Pode-se afirmar que, entre as três categorias que Junqueira e Coelho Junior (2008) depreendem de Winnicott, Beatriz é melhor representada por uma:

Pacientes cuja personalidade não está integrada e nos remetem os estágios mais iniciais do desenvolvimento emocional e para os quais o trabalho recai sobre o manejo, sendo às vezes a análise dos conflitos inconscientes deixada de lado para que o manejo ocupe a totalidade do espaço.  
(JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, 2008, p. 149)

Winnicott (1983) diz da importância de que o analista ofereça sustentação ao paciente. O autor entende que isso pode ser transmitido pela via da palavra, em

ocasião apropriada para sinalizar ao paciente que o analista compreende a situação de ansiedade na qual o paciente se encontra. Defende que o analista se valha da interpretação sempre que considerar adequado, mas que tenha sempre o holding enquanto referência de apoio: a função simples de apoio ao ego é, muitas vezes, a principal demanda do paciente.

É interessante recorrermos brevemente às narrações de Margaret Little, analisada por Winnicott que fez registros de seu acompanhamento. Em um de seus relatos, quando se refere a período particularmente sofrido, ela conta:

Cada sessão durava noventa minutos. Em quase todas, eu simplesmente ficava deitada chorando, amparada por ele. D. W. não me pressionou, ouviu minhas queixas e demonstrou que reconhecia meu sofrimento e podia suportá-lo. (LITTLE apud JUNQUEIRA E COELHO JUNIOR, p. 153, 2008).

Esse manejo é parecido com o que procurei conduzir junto à Beatriz na ocasião de sua crise. Referenciada na teoria winnicottiana, que repetidas vezes e em diferentes momentos, diz da importância de o analista sobreviver aos ataques de seus pacientes regredidos.



## 4 CONCLUSÃO

A compreensão de que uma clínica junto a pacientes ditos limites é possível advém, antes, dos progressos terapêuticos que se pode apreender da história de um acompanhamento manejado de maneira cuidadosa e pautada no amparo. O limite da clínica com pacientes estados-limites pode ser compreendido como um convite à reconstrução da técnica junto a cada paciente, de modo que é a partir do encontro entre analista e analisando, e da relação transferencial que ali se estabelece, que se pode constituir uma psicanálise.

As falhas representacionais emergem enquanto desafio mais recentemente, e é responsabilidade dos analistas e estudiosos da contemporaneidade discorrerem, a partir de suas descobertas clínicas, não só a possibilidade, mas a potencialidade de uma clínica com formatos outros. Falamos de uma clínica que autorize ao paciente com uma dinâmica representacional diferente um lugar de constituição psíquica; lugar esse que derive antes de sua subjetividade – percebida a partir de sua escuta tão disponível quanto possível para acolher esse sujeito.

A forma como as sessões de crise foram conduzidas junto a Beatriz pareceram muito terapêuticas para seu acompanhamento. Depois destas, Beatriz não fez outras crises. Lentamente fez progressos, particularmente em aspectos relacionais e nos relatos dos sintomas depressivos que apresentava. Na ocasião de sua sessão de encerramento, agradeceu-me pelo tempo de trabalho, mas particularmente pela possibilidade de ter podido ficar em silêncio sem ser pressionada por mim.

## REFERÊNCIAS

CARDOSO, M. R. A impossível "perda" do outro nos estados limites: explorando as noções de limite e alteridade. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v.13, n.2, p.325-338, 2007. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682007000200008&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-11682007000200008&script=sci_arttext)> Acesso em: 14 mar. 2013

CELES, L. A. Psicanálise é o nome de um trabalho. *Psicol. Clin.*, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.157-171, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v17n2/v17n2a12.pdf>> Acesso em: 13 mar. 2013

CELES, L. A. Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*, São Paulo, n.16, p.25-48, 2005. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000200003&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1415-11382005000200003&script=sci_arttext)> Acesso em: 13 mar. 2013

FERENCZI, S. (1931). Análise de crianças com adultos. In: BIRMAN, J. *Sándor Ferenczi: escritos psicanalíticos 1909-1933*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988.

FREUD, S. (1985) “*Projeto para uma psicologia científica*”. *Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. I. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1925e [1924]) “As resistências à psicanálise”. *Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XIX. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1937a) “Análise terminável e interminável”. *Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

\_\_\_\_\_. (1937b) “Construções em análise”. *Edição standart das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

HERZOG, R. Os limites da representação psíquica. In: GARCIA, C. M; CARDOSO, M. R. (Orgs). *Limites da clínica. Clínica dos limites*. Rio de Janeiro, Companhia de Freud, 2011, 77-91

JUNQUEIRA, C; COELHO JUNIOR, N. Interpretação e manejo do enquadre na clínica de pacientes-limite. *Tempo Psicanalítico*, Rio de Janeiro, v. 40.1, p. 137-157, 2008. Disponível em: < <http://spid.com.br/revistas/r40/09%20TP40%20-%20Camila%20Junqueira%20e%20Nelson%20Coelho%20Junior.pdf>> Acesso em: 20 mar. 2013

WINNICOTT, D. W. A capacidade para estar só. In: \_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre, Artmed, 1983, 31-37.

\_\_\_\_\_. (1968). O ambiente saudável na infância. In *O bebê e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. O medo do colapso. In: WINNICOTT, C; SHEPERD, R; DAVIS, M. (Orgs). *Explorações psicanalíticas: D.W. WINNICOTT*. Porto Alegre: Artmed, 1994, 70-76.

\_\_\_\_\_. Notas sobre retraimento e regressão. In: WINNICOTT, C; SHEPERD, R; DAVIS, M. (Orgs). *Explorações psicanalíticas: D.W. WINNICOTT*. Porto Alegre: Artmed, 1994, 116-118.

\_\_\_\_\_. O conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. In WINNICOTT, C; SHEPERD, R; DAVIS, M. (Orgs). *Explorações psicanalíticas: D.W. WINNICOTT*. Porto Alegre: Artmed, 1994, 151--156.